



УДК 616.314-002.34-089

КЛИНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛОМ ЛИЦА НА ФОНЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ

**В.С. КЛЫБОВ
О.В. ОСТРОВСКИЙ
И.В. ХИМИЧ
М.В. КИРПИЧНИКОВ
Г.С. ОСАДЧИЙ**

*Волгоградский
государственный
медицинский
университет*

*e-mail:
VKhlybov@yandex.ru*

Данная научная статья демонстрирует влияние антиоксидантной фармакокоррекции на клинические показатели и уровень качества жизни больных фурункулом лица в процессе комплексного лечения. Исследование проводилось в отделениях челюстно-лицевой хирургии областной клинической больницы №1 г. Волгограда и городской клинической больницы №1 г. Волжского в период с 2008 по 2011 года. Нами было обследовано 59 пациентов с фурункулом лица в стадии абсцедирования в возрасте 18-35 лет, из которых 31 получили антиоксидант «Мексидол». Группы формировались методом простой рандомизации. Субъективная оценка качества жизни больного проводилась путем опроса по специально разработанной анкете. Установлено, что значимыми маркерами клинического течения фурункула лица в послеоперационном периоде явились следующие: прекращение гнойного отделяемого, полное очищение раны, площадь гнойно-некротической раны, койко-день ($p < 0,05$). На 8-10 сутки качество жизни больных в основной группе достоверно отличалось от контрольной на 6%. Включение антиоксиданта в базисную терапию фурункула лица в стадии абсцедирования способствовало оптимизации инфекционно-воспалительного процесса, сокращало пребывание больных на стационарном лечении и исключало риск гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: фурункул, антиоксидант, воспаление, качество жизни, абсцесс.

Введение. Неуклонный рост количества больных фурункулом лица, развитие угрожающих для жизни осложнений и утрата трудоспособности пациентов на длительный срок определяют социальную значимость и актуальность этой патологии. Фурункулы лица в России составляют около 30% среди всей гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области. В 5-27% случаев они осложняются флегмоной, тромбозом, синус-тромбозом и сепсисом. При агрессивном течении заболевания пациенты находятся на стационарном лечении до одного месяца [1, 3, 5, 6, 8].

В настоящее время ряд исследователей связывают ухудшение клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области со снижением общей иммунологической реактивности организма, усилением вирулентности условно-патогенной микрофлоры, дисбалансом в системе прооксидантно-антиоксидантных взаимоотношений. Данные тенденции приводят к снижению уровня качества жизни пациента [9, 10].

Совершенствование комплексного лечения больных фурункулом лица остается в центре внимания челюстно-лицевых хирургов. Этой проблеме посвящено немало исследовательских работ. С успехом стали применять эфферентные методы детоксикации, экзогенную NO-терапию, иммунотерапию. При выполнении операции рекомендовало себя лазерное и радиоволновое хирургическое оборудование, при котором риск осложнений минимален [1, 3, 10, 11].

Принципиально новым методом фармакологической коррекции патогенетического лечения воспалительной патологии челюстно-лицевой области является антиоксидантная терапия. Имеется клинический опыт применения антиоксидантов «Мексидол», «Рексода» и «Бемитила» у больных с одонтогенными флегмонами, сиаалоадени-том и остеомиелитом нижней челюсти. Наряду с оптимизацией клинического течения этих заболеваний, отмечено существенное влияние антиоксидантных средств на качество жизни пациентов [2, 4, 7].

На основании универсальных свойств янтарной кислоты к числу несомненных достижений российской науки следует отнести разработку и внедрение в клиническую практику синтетического антиоксиданта «Мексидол». Наличие в его структуре сукцината имеет принципиальное значение для проявления лечебных свойств. В традиционной терапии неодонтогенных воспалительных заболеваний лица антиоксиданты не применялись.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных фурункулом лица путем включения в схему традиционной терапии антиоксидантной фармакокоррекции.

Материалы и методы исследования. В период с 2008 по 2011 гг. в отделениях челюстно-лицевой хирургии ОКБ №1 г. Волгограда и ГКБ №1 г. Волжского нами было проведено обследование и лечение 59 пациентов с фурункулом лица в стадии абсцедирования. Возраст пациентов составлял от 18 до 35 лет ($28,25 \pm 1,59$ лет). Среди пациентов было 36 мужчин (62,1%) и 23 женщины (40%).

Критерием включения пациентов в исследование (при условии их согласия) служило наличие клинически установленного диагноза «Абсцедирующий фурункул лица». Из исследования исключали больных с сопутствующей соматической патологией в стадии декомпенсации или ремиссии менее 3 месяцев. Исключались лица с существенными отклонениями в общеклинических и биохимических анализах крови.

Программа обследования и лечения пациентов соответствовала приказу МЗ и СР РФ от 11 февраля 2005 г. №126 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом». По характеру лечения больные были разделены на две группы: контрольную – 28 человек (средний возраст $28,61 \pm 2,13$ лет), лечение которых проводили традиционными методами, и основную – 31 человек (средний возраст $27,94 \pm 2,37$ лет), в комплексную терапию которых включали антиоксидант «Мексидол». Препарат вводили внутримышечно по 2,0 мл 2 раза в сутки первые семь дней после операции.

Распределение пациентов по клиническим группам проводили по методу простой рандомизации. Сформированные группы были репрезентативны и сопоставимы между собой по возрастному составу и полу.

Клиническое обследование больных включало анализ жалоб и данных анамнеза заболевания, объективных показателей общего состояния пациента: частоты дыхания, пульса, величины артериального давления, температуры тела. Проводили оценку местного статуса: выраженность инфильтрации и перифокального воспалительного отека мягких тканей, изменение цвета кожных покровов, выраженность болевого синдрома и функциональных нарушений, наличие гнойного отделяемого и грануляций, площадь раневой поверхности в динамике.

Величину инфильтрата и отека мягких тканей оценивали по трехбалльной шкале. Измерения проводились по модифицированной нами методике Н. Н. Свечниковой (2004) и В. В. Шеленковой (2008), с помощью сантиметровой линейки. Диаметр инфильтрата и отека мягких тканей равный до 2 см расценивался как 1 балл, от 2 до 3 см – 2 балла, более 3 см – 3 балла. Сокращение площади раневого дефекта оценивалось по методике Ярмольчука-Автандилова (1990). В ходе измерений использовалось прозрачное, самоклеящееся, нерастягивающееся плёночное покрытие Hydrofilm. Контур раны переносился на миллиметровую бумагу, с последующим подсчётом количества квадратных миллиметров внутри контура. Динамика площади раневой поверхности и перифокальных явлений протоколировалась цифровой фотокамерой в режиме макросъемки.

Анализ качества жизни проводили путем анкетирования и исчисляли по десятибалльной системе, разработанной на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолГМУ (Хлыбов В.С., Химич И.В., Гутман Л.И., 2008). Отрицательный ответ на вопрос фиксировался как один балл. Качество жизни в 10 баллов расценивалось как удовлетворительное (рис. 1).

Анкета для определения субъективной оценки качества жизни больного, находящегося на стационарном лечении с диагнозом фурункул лица

1. В настоящий момент у вас общее самочувствие плохое? ____
2. Предъявляете ли вы жалобы на боли в области послеоперационной раны? ____
3. Предъявляете ли вы жалобы на плохой сон? ____
4. Предъявляете ли вы жалобы на плохой аппетит? ____
5. Желаете ли вы улучшить проводимое вам лечение? ____
6. Стараетесь ли вы избегать контакта с родственниками или друзьями, находясь на стационарном лечении? ____
7. Думаете ли вы, что будущий послеоперационный рубец доставит вам видимый эстетический дискомфорт? ____
8. Существует ли на ваш взгляд необходимость продолжать проводимое лечение в стационаре? ____
9. Стараетесь ли вы максимально исключить попадания воды в зону операции во время умывания? ____
10. Стараетесь ли вы не покидать больничную койку для принятия воздушных ванн? ____

Рис. 1. Анкета для определения субъективной оценки качества жизни больного, находящегося на стационарном лечении с диагнозом фурункул лица

Все измерения производились в день операции, на 3-4 сутки и на 8-10 сутки стационарного лечения. Цифровые данные хранились и статистически обрабатывались с использованием программ Microsoft Excel 2007 и программного пакета статистического анализа «Primer of Biostatistics, Vers. 4.03» («Биостат»).

Данные в тексте и таблицах представлены в виде «среднее арифметическое» $\pm$ «стандартная ошибка средней» ($M \pm m$). Для определения различий между сравниваемыми средними величинами использовали t-критерий Стьюдента. Значимыми признавали различия при $p < 0,05$.

Обсуждение полученных результатов. Из 233 больных, поступивших в отделения челюстно-лицевой хирургии ОКБ №1 г. Волгограда и ГКБ №1 им. С.З.Фишера г. Волжского с диагнозом абсцедирующий фурункул лица, нами было включено в исследование 59 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет (юношеский и первый период зрелого возраста, ВОЗ).

По результатам проведенной работы фурункул лица составил 27,4% случаев в общей структуре гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО. Преобладал в основном молодой возраст $28,25 \pm 1,59$ лет, мужской пол (62,1%). Развитие заболевания более чем у половины больных (63%) составило 2–3 суток. Пусковым фактором послужили: выдавливание первичных элементов кожи (пустулы, угри) – 66,1%, частые переохлаждения – 16,9%, перенесенный стресс – 10,2%, неудовлетворительная гигиена кожи лица – 6,8%.

У 47 пациентов (79,7%) в анамнезе были сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто встречались хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов и бронхо-легочной системы (21 пациент, 35,6%). В день госпитализации общее состояние 35 больных (59,3%) было оценено как удовлетворительное, 24 пациентов (40,7%) – средней степени тяжести. Общесоматические жалобы больных сводились к наличию слабости, озноба, ухудшению сна, потере аппетита, головным болям. Местный статус характеризовался выраженным перифокальным отеком и инфильтрацией мягких тканей (3 балла). При пальпации отмечался положительный симптом флюктуации.

Среди общего количества больных фурункулом лица (233) у 49 пациентов (21%) имелись осложнения данного заболевания, в том числе флегмона (8%), тромбофлебит лицевых вен (6%), карбункул лица (4%), лимфаденит (2%) и тромбоз кавернозного синуса (1%). В двух случаях был отмечен летальный исход. Данные больные были исключены из исследования (рис. 2).



а



б

Рис. 2. Больной С. 26 лет, диагноз: фурункул переносья, флегмона верхней и средней трети лица, синус-тромбоз, сепсис (а); больной Л. 37 лет, диагноз: фурункул лба слева, синус-тромбоз, сепсис (б).

Традиционная терапия не приводила к существенному улучшению общего состояния больных и быстрому купированию местного воспалительного процесса.

Использование антиоксиданта «Мексидол» уже на 3–4-е сутки привело к заметному улучшению самочувствия пациентов, что проявлялось в нормализации аппетита, улучшении сна, значительном уменьшении боли в области операционной раны. Если в контрольной группе у 6 больных сохранялся субфебрилитет, то в основной группе была отмечена полная нормализация температуры тела.

После субъективной оценки качества жизни основной группы, на следующие сутки после операции у 28 больных (90,3%) качество жизни было меньше 5 баллов. Основные жалобы пациентов сводились к болевым ощущениям в зоне операции, отеку мягких тканей, слабости и недомоганию. На 3–4-е сутки после операции улучшение общего состояния отмечено у большинства пациентов, качество жизни у 3-х (9,7%) было меньше 5 баллов, а у остальных больных (90,3%) после анкетирования данный показатель составил свыше 5 баллов. У 8 больных (25,8%) качество жизни было 7 баллов. Болевой синдром на следующий день после операции наблюдался у каждого больного. На 3–4-е сутки стационарного лечения, лишь 8 пациентов (25,8%) отмечали боли в зоне операции, а на 8–10-е сутки болевой синдром купировался полностью во всех клинических случаях. Основная часть пациентов в раннем послеоперационном периоде предъявляла жалобы на слабость и снижение аппетита.

Уже на 3–4-е сутки были отмечены изменения качества жизни больных в основной группе. В то время как у контрольной группы данный показатель был достоверно меньше, и составил 15% от основной группы ($p < 0,05$). На 8–10-е сутки лечения, больных в контрольной группе с качеством жизни меньше 5 баллов не наблюдалось, у 15 пациентов (48,4%) данный показатель составил 9 баллов. По отношению к основной группе ($8,4 \pm 0,1$) уровень качества жизни в контрольной группе на 8–10-е сутки был на 0,5 балла (6%) ниже и составил $7,9 \pm 0,2$ баллов соответственно.

У больных основной группы после операции отмечалось более быстрое сокращение площади раневой поверхности на всем протяжении лечения. На 3–4-е сутки раннего послеоперационного периода средняя площадь раны в основной группе составила $22,58 \pm 1,18$ мм², что на 13% было меньше средних значений контрольной группы ($25,93 \pm 1,06$ мм²). На 8–10-е сутки стационарного лечения площадь раны в основной группе составила $9,04 \pm 0,4$ мм², что на 32,8% было меньше среднего показателя контрольной группы ($13,45 \pm 0,82$ мм²).

На основании динамических изменений клинической картины у больных фурункулом лица в стадии абсцедирования, можно отметить, что при включении антиоксиданта «Мексидол» в традиционную терапию, сроки купирования воспалительных явлений, сроки очищения и заживления гнойно-некротической раны происходили быстрее.

На 3–4-е сутки после операции отмечалось нарастание воспалительных явлений по периметру очага во всех клинических случаях. Однако, у 13 больных (41,9%) основной группы наблюдалось уменьшение гноетечения и появление грануляций, в то время как у 18 пациентов (59,1%) контрольной группы сохранялось обильное отделяемое из раны.

Перед выпиской из стационара в основной группе незначительный отек мягких тканей (1 балл) наблюдался у 22 больных (70,9%), умеренная инфильтрация (2 балла) – у одного больного (3,2%) и наличие раневого отделяемого – у 8 пациентов (25,8%). В то время как в контрольной группе отек мягких тканей размером в 1 балл был у 25 пациентов (89,3%), умеренная инфильтрация (2 балла) – у 3 (10,7%) и раневое отделяемое – у 15 больных (53,6%). Полное очищение раны на 8–10-е сутки было отмечено у 23 пациентов (74,2%) основной и у 8 больных (25,8%) контрольной группы. Включение антиоксиданта «Мексидол» в комплексную терапию ФЛ сокращало стадию очищения гнойно-некротической раны в среднем на 1 день.

На конечном этапе лечения (8–10-е сутки), в основной группе только у одного пациента (3,2%) имелся умеренных размеров инфильтрат мягких тканей, а в контрольной группе таких больных было 3 человека (10,7%).

Так, на рис. 3 у больных фурункулом лица в раннем послеоперационном периоде видна разница клинических параметров местного статуса. У больного, получающего антиоксидант «Мексидол», на 4 сутки комплексного лечения отмечалось более существенное купирование перифокальных явлений в области очага воспаления.



Рис. 3. Больные контрольной и основной групп на этапах лечения; а – больной А. из контрольной группы, до операции; б – больной А. из контрольной группы, на 4 сутки лечения; в – больной Л. из основной группы, до операции; г – больной Л. из основной группы, на 4 сутки лечения

Усредненные значения основных показателей динамики заживления гнойно-некротической раны у больных основной группы составили: прекращение гнойного отделяемого и очищение раны – $6,39 \pm 0,22$ суток, появление грануляций – $6,87 \pm 0,16$ суток, полное очищение раны наблюдалась через $9,13 \pm 0,25$ суток, что достоверно ($p < 0,05$) отличалось от показателей контрольной группы (таблица).

Таблица 1

Динамика некоторых клинических показателей больных контрольной и основной групп

Показатель (сутки)	Контрольная группа (n=28)	Основная группа (n=31)
Прекращение гнойного отделяемого	$7,57 \pm 0,24$	$6,39 \pm 0,22^*$
Появление грануляций	$7,36 \pm 0,22$	$6,87 \pm 0,16$
Полное очищение раны	$9,93 \pm 0,27$	$9,13 \pm 0,25^*$
Койко-день	$13,89 \pm 0,43$	$11,36 \pm 0,44^*$

* – достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

У пациентов основной группы в послеоперационном периоде агрессивного течения и развития осложнений фурункула лица не отмечено, в то время как в контрольной группе у 4 больных 14,3% наблюдалось осложненное течение. Данным больным было проведено дополнительное хирургическое лечение.

Продолжительность лечения пациентов основной группы в среднем составила $11,36 \pm 0,44$ суток, что достоверно было на 2,5 суток меньше срока пребывания в стационаре больных контрольной группы ($p < 0,05$).

Таким образом, включение антиоксидантной фармакокоррекции в комплексную терапию больных фурункулом лица позволило в более короткие сроки стабилизировать общее состояние пациентов, ускорить сроки заживления раны, уменьшить продолжительность и выраженность болевого синдрома, исключить риск развития гнойно-воспалительных осложнений.

Выводы. 1. На всем протяжении стационарного лечения уровень качества жизни больных основной группы достоверно отличался от контрольной и на 8-10 сутки показатель составил $8,4 \pm 0,1$ баллов ($p < 0,05$).

2. По результатам мониторинга клинических показателей установлено, что антиоксидантная фармакокоррекция значительно повышала эффективность традиционной терапии фурункула лица: позволяла в более ранние сроки стабилизировать общее состояние, уменьшить перифокальные воспалительные явления в раннем послеоперационном периоде, оптимизировать стадию очищения гнойно-некротической раны, уменьшить время пребывания больного в стационаре в среднем на 2,5 дня ($p < 0,05$) и исключить риск развития осложнений.

Литература

1. Арман Амджад, Ша. А. Оптимизация диагностики и лечения абсцедирующих фурункулов челюстно-лицевой области у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2009. – 24 с.
2. Базилян, Э.А. Использование антиоксидантов в комплексном лечении воспалительных заболеваний слюнных желез / Э.А. Базилян, М.В. Козлова, О.Н. Эстрина // Материалы 8-й Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 2003. – С. 27–28.
3. Забелин, А.С. Использование аппарата «Плазон» в лечении больных с фурункулами лица / А.С. Забелин // Материалы IX междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 2004. – С. 74–75.
4. Казарян, А.С. Эффективность сочетанного применения антигипоксантов и антиоксидантов в комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2009. – 22с.
5. Климова, И.С. Влияние гиперандрогенемии на развитие хронического рецидивирующего фурункулеза и одиночного фурункула челюстно-лицевой области / И.С. Климова, И.И. Бородулина, Ю.Л. Писаревский // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – №3. – С. 46–49.
6. Лихитский, А.М. Особенности диагностики и клинического течения фурункулов и карбункулов лица: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Киев, 1996. – 21 с.
7. Рагимов, Ч.Р. Эффективность препаратов антиоксидантного действия в комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области / Ч.Р. Рагимов // Стоматология. – 1992 – №3–6. – С.35–37.
8. Розум, И.А. Фурункул носа: Клинико-лабораторное исследование: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002.
9. Фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление лица: Учебно-методическое пособие. // И.В. Химич [и др.] – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2011. – 68 с.
10. Atanaskova, N. Innovative management of recurrent furunculosis. / N. Atanaskova, K. J. Tomecki // Dermatol Clin. – 2010. – Vol. 28. – N 479.
11. Sidwell, R.U. A case of common variable immunodeficiency presenting with furunculosis / R. U. Sidwell, M. A. A. Ibrahim, C. B. Bunker, R. U. Sidwell // Dermatol. Ther. – 2003. – Vol. 16, Is. 2. – P. 114–122.

CLINICAL AND MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF QUALITY LIFE OF PATIENTS WITH FACES BOIL AND ANTIOXIDANT THERAPY

V.S. KHLIVOV
O.V. OSTROVSKIY
I.V. KHLIMICH
M.V. KIRPICHNIKOV
G.S. OSADCHIY

*Volgograd State
 Medical University*

e-mail: volgmed.ru

This scientific article shows the effect of the antioxidant in clinical indicators and level of quality life of patients suffering from boil of face during complex treatment. The study was conducted in the Department of Maxillofacial Surgery of the regional clinical hospital № 1 of Volgograd and the City Clinical Hospital № 1 of Volzhskiy, in the period from 2008 to 2011. We examined 59 patients with furuncles aged 18–35 years, 31 of which have antioxidant mexidol. Groups were formed by simple randomization. Subjective assessment of quality life survey conducted by a specially developed questionnaire. It is established that significant markers of clinical course boil the person in the postoperative period were the following: cessation of purulent discharge, complete cleansing the wound, the area of necrotic wounds, hospital stay ($p > 0,05$). On 8–10 day quality of life in the study group differed from the control at 6% for 8–10 days significantly. Inclusion of the antioxidant in basic therapy boil being promoted abscess formation optimization of infectious-inflammatory process, reduced the patients' stay in hospital and eliminates the risk of suppurative complications.

Key words: boil, antioxidant, inflammation, quality of life, abscess.